

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПРОЯВІВ ВІЛ/СНІД У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ

*Коркішко С.О., студент 4-го курсу
Науковий керівник: к.мед.н, доц. Куц Л.В.
Сумський державний університет,*

кафедра нейрохірургії та неврології з курсом дерматовенерології

Актуальність: На даний час ВІЛ-інфекція є однією з основних проблем людства. Щороку у світі помирає близько 1,5 млн людей. За оцінками ВООЗ Україна посідає одне з перших місць з цього захворювання. При вчасному виявленні хвороби можна попередити подальше її поширення і розвиток. Відомо, що частими органами-мішенями є глотка, слизова порожнини рота та гортань

Мета. Метою нашого дослідження було виявити діагностичне значення проявів ВІЛ у ротовій порожнині

Методи. Аналітичний огляд літератури вітчизняних та зарубіжних вчених.

Результати. В процесі проведеного дослідження, було виявлено, що більшість науковців вважають першими проявами після інфікування ВІЛ різні захворювання порожнини рота. Серед них найчастіше спостерігається кандидоз - у 88% хворих, на другому місці – саркома Капоші (25-50%), наступною є ксеростомія (20-26%), потім - герпетичні ураження 12-18%, різні форми хейлітів – 8%, виразки – 7%, волосяна лейкоплакія тож 7%. При наявності принаймні одного із цих захворювань і відсутності в анамнезі відповідних їм причин потрібно запідозрити наявність в організмі ВІЛ-інфекції.

Таким чином, можна дійти висновку, що різні захворювання ротової порожнини можуть бути ранніми ознаками наявності ВІЛ-інфекції в організмі

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ ПРИ ЗБЕРЕЖЕНІЙ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

*Кочуєва М.М., Кириченко Н.М., Семенов А.Д.
ХМАПО, Сумський державний університет,
кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Наявність гіпертонічної хвороби (ГХ) і ожиріння (ОЖ) має безпосередній вплив на розвиток гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ), що є незалежним фактором ризику інфаркту міокарда та хронічної серцевої недостатності.

Мета дослідження: вивчення механізмів ремоделювання серця у хворих на ГХ II стадії, 2 і 3 ступеню з ОЖ 1, 2 і 3 ступеню.

Матеріали і методи: обстежено 82 хворих жіночої статі з ГХ та ОЖ. Пацієнти з ОЖ 1 ступеню склали I групу (n=25), 2 ступеню – II групу (n=29) і 3 ступеню увійшли у III групу (n=28). Проводилися загальноклінічні та ультразвукові методи обстеження, визначалися рівні в крові імунореактивного інсуліну (ІРІ), С-реактивного протеїну (СРП), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), фібриногену (ФГ), реніну, ангіотензину II (АТII), альдостерону.

Результати: у хворих на ГХ у міру зростання маси тіла підвищувалися у сироватці крові рівні ІРІ, ІЛ-6, СРП та альдостерону, при цьому статистичної значущості досягли відмінності медіан зазначених параметрів при порівнянні між I та III групами ($p_{I-III} < 0,05$). Величини вмісту АТII, реніну і ФГ у сироватці крові між групами статистично не відрізнялись ($p > 0,05$), але у хворих III групи мали тенденцію до збільшення. Статистично значущі кореляційні зв'язки були виявлені між рівнями систолічного і діастолічного артеріального тиску і індексом відносної товщини стінок лівого шлуночка ($r=0,59$; $p=0,001$ і $r=0,45$; $p=0,01$, відповідно), між рівнями у крові ІРІ, СРП і альдостерону з інтегральним параметром діастолічного наповнення Е/е (співвідношенням максимальних швидкостей раннього діастолічного наповнення при спектральному і тканинному доплерівському режимах) ($r=0,48$; $p=0,01$, $r=0,57$; $p=0,001$, $r=0,58$; $p=0,02$, відповідно) тільки у групах II і III.

Висновки: наростання маси тіла у хворих на ГХ асоціюється зі збільшенням інсулінемії, активацією системної запальної відповіді і альдостеронемією. У ремоделюванні міокарда та

розвитку діастолічної дисфункції лівого шлуночка серця у хворих на ГХ з ОЖ беруть участь гемодинамічні порушення, наявність системної запальної відповіді, метаболічні та нейрогуморальні фактори.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОФЛУМІЛАСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Красненко Ф.О., Приступа Л.Н.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Зниження активності фосфодіестерази-4 (ФДЕ-4) – інноваційний підхід у лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з метою зменшення активності хронічного запалення. Рофлуміласт – високоселективний інгібітор ФДЕ-4, зареєстрований як додатковий засіб до терапії пацієнтів із ХОЗЛ. Завдяки унікальному механізму дії, рофлуміласт покращує функцію легень та зменшує частоту загострень.

Метою роботи було визначення клінічної ефективності рофлуміласту у хворих на ХОЗЛ із ожирінням.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих на ХОЗЛ III стадії із ожирінням, які отримували базисну терапію формотеролом 9 мкг та будесонідом 320 мкг по 1 інгаляції 2 рази на добу та тіотропію бромідом 18 мкг 1 інгаляцію 1 раз на добу. Всі хворі були поділені на 2 групи: 1-шу групу складали хворі, які додатково приймали рофлуміласт у дозі 500 мкг 1 раз на добу — 32 особи; 2-гу — 32 особи, що отримували тільки базисну терапію. Обстеження проводили до початку та через 6 місяців після лікування. Хворих обстежували за допомогою спірографії для оцінки об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1) та жеттевої ємності легень (ЖЄЛ). Визначали вагу та індекс маси тіла.

Результати. Маса тіла знижувалася до $1,9 \pm 0,13$ кг у пацієнтів, що приймали рофлуміласт додатково до базисної терапії. а вага хворих II групи практично не змінилася. У хворих I групи ОФВ1 до лікування становив – $39,3 \pm 3,86\%$, після лікування – $44,9 \pm 3,5\%$; ЖЄЛ до лікування – $56 \pm 4,07\%$, після лікування – $61,3 \pm 3,8\%$. Хворі II групи: ОФВ1 – $39,6 \pm 4,05\%$ та $41,1 \pm 3,68\%$; ЖЄЛ – $57,4 \pm 4,47\%$ та $58,8 \pm 4,61\%$ відповідно.

Висновки. Прийом рофлуміласту позитивно впливає на зниження маси тіла, а також на показники функції зовнішнього дихання у пацієнтів із ХОЗЛ та ожирінням.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНЬОГО ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРУРИКЕМІЇ

Красняник В.В.

Науковий керівник: к.мед.н. Бичков О.А.

НМУ ім.О.О.Богомольця, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

За даними літератури частота артеріальної гіпертензії (АГ) в наш час зростає за наявності надмірної маси тіла, ожиріння, гіперурикемії, подагри. Більшість хворих з подагрою (>70 %) мають більше двох факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань

Мета: Визначення особливостей клінічного перебігу АГ за наявності супутньої гіперурикемії та ожиріння.

Матеріали та методи: Обстежено та проаналізовано історії хвороб 29 хворих на АГ (19 чоловіків і 10 жінок) середній вік яких складав $56,4 \pm 2,3$ років. У всіх хворих на АГ було діагностовано супутнє ожиріння I-II стадії та підвищений рівень сечової кислоти (СК). Контрольну групу становили 16 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

В результаті аналізу отриманих даних було встановлено, що у хворих із АГ та гіперурикемією наявні достовірно вищі показники індексу маси тіла, а також обсягу талії, порівняно з такою серед хворих із АГ та нормальними рівнями СК у крові ($p < 0,05$).

У хворих з гіперурикемією порівняно з хворими з нормоурикемією виявлено збільшення кінцевої діастолічного розміру (КДР) ЛШ на 4,3 %, У 87,4 % осіб з виявлено гіпертрофію ЛШ.